

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges MARTINI

Né le 30 décembre 1907, à Bône (Constantine)

LES INDICATIONS

DU

LAVAGE DE L'ESTOMAC

CHEZ LES NOURRISSONS

Président : M. NOBÉCOURT, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges MARTINI

Né le 30 décembre 1907, à Bône (Constantine)

LES INDICATIONS

DU

LAVAGE DE L'ESTOMAC

CHEZ LES NOURRISSONS

Président : M. NOBÉCOURT, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1933

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Ana.omie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	N...
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ICHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	N...
	N...
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATFLLIER ... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 N..... Histologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LÉROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRÉ.....	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FIESSINGER ..	Clinique médicale.
LAIGNEL-LEVASTINE.	Clinique médicale
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.

MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.	
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. NOBÉCOURT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

Hommage respectueux de ma reconnaissance et de mon affection.

A MES MAITRES

Stage :

1927-1928. MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANCON
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Externat :

1929. MONSIEUR LE DOCTEUR WIART
1930. MONSIEUR LE PROFESSEUR L. BERNARD
1931. MONSIEUR LE DOCTEUR L. TIXIER
1932. MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU
1933. MONSIEUR LE DOCTEUR L. TIXIER

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON TIXIER

Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

*Dont l'enseignement bienveillant a
permis l'exécution de ce travail ; témoi-
gnage de reconnaissance et d'affec-
tueux dévouement.*

A MM. LES DOCTEURS SAUVE et CAPETTE, Chirur-
giens des Hôpitaux. H. BONNET, JULIEN MARIE,
L. PÉLISSIER, VAUDESCAL, professeur agrégé à la
Faculté.

LES INDICATIONS DU LAVAGE DE L'ESTOMAC CHEZ LES NOURRISSONS

INTRODUCTION

C'est Marchand, de Charenton, qui en 1851 introduisit pour la première fois une sonde dans l'estomac des nouveau-nés débiles pour les gaver.

Mais c'est à Maurice Ebstein, de Prague, que revient l'honneur d'avoir, en 1880, pratiqué les premiers lavages de l'estomac chez les nourrissons.

Ebstein l'a avantageusement appliqué : « Sur trente et un enfants, dit-il, l'estomac a été trouvé, deux heures après le dernier repas, plein d'un contenu fétide. Sur trente, il a suffi de deux ou trois lavages pour combattre la dyspepsie ».

Demme le suivit.

Heubner fit de même.

De nombreux médecins firent appel à cette petite intervention.

Trop vantée à certains moments, utilisée pour combattre beaucoup de troubles digestifs, indifféremment dans les affections gastro-intestinales du premier âge, aiguës, chroniques, ou relevant d'une auto-intoxication, elle a été ensuite injustement abandonnée.

Pfaundler accusa le lavage d'estomac de donner une incontinence pylorique.

Lesage le supprima presque complètement dans son service.

Certains auteurs, non contents de lui refuser toute efficacité, se sont effrayés de pratiquer le lavage chez un tout jeune enfant, si bien que, après avoir été employé avec enthousiasme chez les nourrissons vomisseurs, à l'heure actuelle le lavage de l'estomac est tombé en désuétude.

On s'étonne lorsqu'il s'agit de le mettre en œuvre.

Nombre de médecins ignorent son rôle dans la thérapeutique du nourrisson, ou le considère comme dangereux.

Il n'en est rien. Le lavage de l'estomac est complètement inoffensif, de conduite facile, aisément réalisable par le personnel infirmier, et on ne saurait trop remettre à l'honneur une intervention, maintenant si délaissée en pratique courante, d'autant qu'il représente pour le praticien un moyen thérapeutique peu coûteux, d'une efficacité réelle.

M. P. Nobécourt et M. Maillet en donnent une description détaillée dans leur *Thérapeutique du nourrisson en clientèle* et exposent les règles de son emploi. Notre maître M. L. Tixier a récemment rédigé en sa faveur, un article dans le *Phare médical* de novembre 1932.

TECHNIQUE DU LAVAGE D'ESTOMAC

L'appareil est simple : c'est un tube de Faucher, en caoutchouc dont l'extrémité est munie de deux orifices, un terminal, l'autre latéral ; il se présente sous deux modèles : un petit modèle pour les enfants de 0 à 1 an ; un modèle supérieur pour les enfants de 1 à 2 ans.

A défaut de ce tube, on peut utiliser une sonde de Nelaton de quarante centimètres de long, de calibre variant suivant l'âge, allant du n° 10 au n° 30 de la filière Charrière.

On y ajoute un tube de verre auquel on adapte un tube de caoutchouc de 0 m. 75 à 1 mètre. L'extrémité libre de ce tube est reliée à un entonnoir de verre d'une contenance de 200 cmc. environ.

Sur le trajet du tube, on peut mettre une poire en caoutchouc, munie d'une pince obturatrice. Ainsi est réalisé un dispositif analogue à celui des adultes, préconisé par M. Frémont, de Vichy.

Ce dispositif permet l'aspiration du contenu gastrique ; il est d'une grande utilité pour déboucher ce tube lorsqu'un grumeau de lait l'obture.

A défaut de poire, on peut se servir d'une grosse

seringue de 20 à 50 cmc. Elle possède le même rôle que la poire : refoulement et aspiration.

Elle est utile surtout lors du premier lavage. C'est que, dans nombre de cas, le contenu de l'estomac est d'une épaisseur et d'une viscosité telle que le liquide mis dans l'entonnoir n'a pas la pression nécessaire pour pénétrer dans l'estomac.

Tout ce matériel évidemment doit être stérilisé par ébullition.

Le liquide de lavage sera de l'eau de Vichy ou de l'eau bouillie, chauffée à 38° environ et additionnée de bicarbonate de soude dans la proportion de 1/100.

Quelques points sont à préciser :

1° L'heure des lavages : on peut les pratiquer soit le matin, soit au cours de la journée. Il y a avantage, si le lavage se fait le matin, de laisser l'enfant à jeun.

Dans le courant de la journée le lavage doit se faire un quart d'heure avant le repas suivant, et le plus loin possible du repas précédent, deux ou trois heures après.

2° Le nombre des lavages : en général, quelques lavages suffisent pour que les repas soient gardés tout, ou en partie. Souvent les effets se font sentir dès le premier lavage et il est rare qu'on soit obligé de les continuer sept à huit jours consécutifs. Il est recommandable de ne pas faire de lavages trop fréquents ni de les continuer trop longtemps : « On risquerait ainsi, soit d'exagérer l'hyper-excitabilité gastrique et d'aggra-

ver les phénomènes, soit secondairement de provoquer de l'atonie de l'estomac. (P. Nobécourt) ».

Les deux premiers jours, on peut en pratiquer deux ou trois au plus, espacés le plus possible ; plus tard, on n'en fait plus qu'un seul.

3° Le temps des lavages :

Il est essentiellement variable. Il faut attendre que le liquide de retour soit clair. Il dure plus longtemps pour le premier lavage.

Voyons l'opération :

La maman garde son bébé sur les genoux. Un aide le maintient, enroulé dans une alèze, bras enveloppés, cou et tronc protégés par une toile cirée. La station verticale est la meilleure, le décubitus dorsal risquant de laisser passer le liquide dans les voies respiratoires.

Sur le plancher on place une cuvette à côté de soi.

On enduit la sonde de glycérine ou d'huile de vaseline pour faciliter sa pénétration. On l'introduit jusqu'à la base de la langue, en la guidant de l'index. On la pousse doucement vers le pharynx. L'enfant fait alors des mouvements de déglutition. On la fait glisser pour qu'elle pénètre dans l'œsophage et l'estomac. On s'aperçoit de son arrivée dans cet organe à la production de bruits sonores ou encore à l'apparition de liquide gastrique dans l'entonnoir préalablement abaissé.

Avant 1 an, la sonde passe assez facilement. Le

bébé n'a que peu de dents, et ses réactions de défense sont minimales. Chez les enfants plus âgés, on a plus de peine. Ils sont plus forts, ils se débattent, ils pleurent et serrent énergiquement la mâchoire. C'est surtout dans ce cas que, pour éviter d'être mordu, on introduit un bouchon entre les arcades dentaires, à la hauteur des prémolaires.

On remonte ensuite l'entonnoir à 50 centimètres environ au-dessus du nourrisson. On y verse, suivant l'âge, 50 à 100 cmc. d'eau de Vichy ou d'eau bicarbonatée. On l'abaisse vivement au-dessous de l'enfant, au-dessus de la cuvette, de façon à faire siphon. Le liquide ressort alors, mélangé à des débris alimentaires, des caillots de lait, des mucosités. On recommence jusqu'à ce que la cavité gastrique soit bien nettoyée. Pour bien laver l'estomac, il est nécessaire de provoquer la formation de courants intra-gastriques en élevant et en abaissant successivement l'entonnoir avant d'évacuer le contenu de l'estomac.

Quelques incidents peuvent survenir, sans gravité d'ailleurs :

C'est le rejet de la sonde par les efforts de vomissements et le reflux des liquides gastriques entre la sonde et l'œsophage, entraînant leur pénétration dans le pharynx. Mais il s'en suit toujours une réaction avec expulsion. C'est cette éventualité qui avait conduit Marfan à interdire le lavage de l'estomac chez les athrepsiques.

C'est la contraction œsophagienne qui empêche le glissement de la sonde. Il faut en ce cas choisir une

sonde un peu rigide et la pousser lentement en s'arrêtant souvent.

C'est enfin l'obstruction de la sonde.

Cela arrive fréquemment lors du premier lavage.

Il y a accumulation de glaires visqueuses qui se diluent difficilement dans l'eau du lavage. C'est alors que l'on fera jouer la poire ou la seringue, qu'on renversera un peu plus d'eau dans l'entonnoir élevé plus haut ou qu'on exercera une certaine pression avec la seringue. Souvent cette pratique provoque d'intenses contractions de l'estomac : d'où le rejet en fusée des glaires visqueuses, encombrant la cavité gastrique, avec le liquide de lavage.

L'introduction de la sonde dans le larynx est exceptionnelle.

Chez les bébés débilités, le premier lavage peut s'accompagner d'un état syncopal ; de courte durée. A la moindre menace, on retire le tube, on étend l'enfant sur un lit, et on lui fait une injection d'huile camphrée. D'ailleurs il est rare, voir exceptionnel, qu'on attende de pareils états de dénutrition pour recourir à cette thérapeutique tout à fait inoffensive.

Les lavages suivants sont beaucoup plus faciles à faire. Outre que l'enfant s'habitue, l'estomac, débarrassé de son contenu anormal, se laisse remplir et vider par siphonnage avec plus de facilité.

Temps, patience, douceur, telles sont les conditions nécessaires du lavage de l'estomac chez le nourrisson. Ainsi compris, il est d'une pratique absolument inoffensive.

Donc une grande partie de la thérapeutique digestive du nourrisson gravite autour du lavage d'estomac, et à part les cas de diarrhées graves, surtout cholériques, l'existence de phénomènes de collapsus très accentués, nous ne connaissons pas d'autres contre indications.

C'est que le lavage de l'estomac possède une double action.

1^o Une action mécanique : il débarrasse l'estomac des résidus alimentaires et des sécrétions ; il réalise un nettoyage antiseptique et chasse les colonies microbiennes qui tendent à se développer ;

2^o Une action sédative : il diminue l'état spasmodique et l'hyperesthésie de la muqueuse gastrique ; il régularise les mouvements de la musculature gastro-pylorique ; il stimule enfin la sécrétion de toutes les glandes digestives.

LES INDICATIONS DU LAVAGE DE L'ESTOMAC CHEZ LES NOURRISSONS

« Deux syndrômes, dit M. L. Tixier, sont particulièrement fréquents chez les nourrissons : les vomissements et l'anorexie. »

Il est exceptionnel qu'une lésion organique comme une sténose du pylore soit à la base de ces manifestations. Dans la grande majorité des cas, les voies digestives sont perméables et le spasme, qu'il soit primitif ou secondaire à la stase gastrique, joue sans doute un rôle prépondérant ».

Le plus souvent, en cas de vomissements nombreux et répétés, menaçant le développement du nourrisson, la plupart des médecins font appel aux médications réputées anti-vomitives : ingestion de calmants, d'anesthésiques gastriques, d'une solution citratée, d'une potion à la belladone ou de substances facilitant la digestion du lait.

De même, dans tous les cas d'anorexie rebelle, beaucoup de praticiens recherchent l'action gustative des amers pour éveiller l'appétit, produire la sécrétion du suc d'appétit et provoquer en même temps l'hypercinsie gastrique ; ou bien ils utilisent la médication sa-

line chlorurée et bicarbonatée ou les ferments digestifs.

Ils ont beau essayer les différentes thérapeutiques, rien n'y fait. Le nourrisson dépérit, et devant l'échec de ces diverses substances réputées efficaces, force est de recourir (encore faut-il y songer) au lavage de l'estomac.

« Il faut, dit toujours M. L. Tixier, avoir assisté au premier lavage de l'estomac chez un nourrisson grand anorexique pour se convaincre de l'utilité de débarrasser l'estomac de glaires épaisses, visqueuses, malodorantes, et pour comprendre que les modifications du régime ainsi que les thérapeutiques, galéniques et opothérapiques ne peuvent agir qu'une fois l'organe délivré de son contenu anormal.

« C'est en vérité l'histoire du siphon engorgé auquel il faut rendre sa perméabilité ».

Vomissements, Anorexie, telles sont les deux indications du lavage de l'estomac chez les nourrissons.

LE LAVAGE DE L'ESTOMAC DANS LE SYNDROME VOMITIF

« Il n'est pas, disent MM. P. Nobécourt et Maillet, de phénomène plus banal que le rejet par la bouche du contenu de l'estomac sous forme de régurgitations, de vomiturations ou de vomissements ».

Ces manifestations ont des causes nombreuses ; tantôt elles sont dues à des lésions du tube digestif ou des autres organes ; tantôt elles sont d'origine alimentaire ; tantôt enfin elles sont dues à des facteurs individuels propres à l'enfant.

Seul un diagnostic étiologique peut permettre un traitement approprié.

Les lavages de l'estomac ne doivent pas être pratiqués systématiquement parlout.

Mais il est certaines affections où nous ne saurions trop les recommander. Nous insistons tout particulièrement sur leur rôle.

1° Dans les cas simples d'athrepsie et d'hypotrophie qui résument la cachexie consécutive à l'infection gastro-intestinale chronique des nourrissons, indépen-

damment de la cachexie des enfants tuberculeux ou syphilitiques qui modifie le pronostic et le traitement.

2° Dans certaines infections gastro-intestinales aiguës.

3° Dans certaines variétés de sténose pylorique.

I

LE LAVAGE DE L'ESTOMAC
DANS L'ATHREPSIE ET L'HYPOTROPHIE

Ici les troubles digestifs sont au premier plan. Les causes prédisposantes sont nombreuses : état de moindre résistance, naissance avant terme, allaitement insuffisant (hypoalimentation) ou trop abondant (hyperalimentation), causes de vomissements qu'il faut bien connaître, repas irréguliers, lait de mauvaise qualité : toutes causes ayant provoqué l'apparition de troubles gastro-intestinaux.

Le poids de l'enfant est d'abord demeuré stationnaire, puis a diminué. Bref s'est réalisé bientôt un syndrome plus ou moins complet d'athrepsie. L'enfant depuis longtemps dyspeptique est atteint d'une infection gastro-intestinale qui en fait un infecté : un enfant athrepsique. L'athrepsie est plus fréquente au biberon. à la ville, en été, Lyon a dit : « l'Athrepsie est fille de la misère et de l'ignorance des parents. »

Dans les milieux aisés, ce syndrome est plus rare : il est dû à l'intolérance du nourrisson pour certains laits.

Les caractères cliniques de ces accidents sont les suivants : vomissements constants avec constipation, anorexie, ballonnement du ventre avec débâcles semi-liquides ou glaireuses, insomnie.

Des formes plus frustes revêtent l'aspect banal de gastro-entérite où la décroissance du poids est plus lente.

Ce qui frappe chez ces nourrissons, c'est la fréquence des vomissements, et la diarrhée rebelle, la déshydratation des tissus entraînant la dépression des fontanelles et le chevauchement des os du crâne, les malades ressemblent à de petits vieillards, « la maladie ayant fait en quelques jours l'office d'une longue suite d'années » Parrot. La température est basse, 36°, voire 35°5. Le pouls est ralenti, 80 à 85 au lieu de 120 à 130 pulsations. C'est évidemment une étape qu'il ne faut pas attendre :

C'est qu'en effet, chez les athrepsiques et hypotrophiques, les troubles gastriques sont beaucoup plus importants que les troubles gastro-intestinaux ; le trouble vomitif est par sa fréquence, sa répétition, le symptôme sinon unique, du moins prédominant :

Et c'est précisément contre lui qu'on peut lutter !

Nombre de médecins s'attardent à régler et espacer les tétées, à faciliter la digestion du lait par du ferment-lab ou du citrate de soude pris dans un peu d'eau sucrée, à administrer de la belladone ou des poudres absorbantes, à surveiller l'alimentation de la nourrice en lui supprimant alcool, vin, condiments, à remplacer enfin, en cas d'échec, l'allaitement de la mère par celui d'une nourrice, ou essayer successivement divers types de lait !

La mort est presque fatale en 2 à 6 semaines au milieu de complications multiples : sclérème, pemphigus, muguet et broncho-pneumonie.

Ainsi donc, tous les moyens de thérapeutique sont restés inopérants : c'est que régurgitations et vomissements sont un sérieux obstacle à l'alimentation. C'est ce symptôme dominant qu'il y a lieu de modifier si l'on veut que les médicaments prescrits soient efficaces.

Cette modification, le lavage de l'estomac permet de l'obtenir.

Nous ne saurions trop insister sur son importance capitale.

Il doit être le premier acte du médecin.

Le Professeur Hutinel en 1909 dans son *Traité des maladies des enfants*, en a vanté les effets bienfaisants à propos du muguet. Celui-ci disparaîtrait rapidement après lavages de l'estomac avec eau de Vichy ou solution de bicarbonate de soude à 5/100, tièdes, deux fois par jour avec 100 à 150 cmc. de liquide.

Thiercelin, dans le *Traité des maladies de l'enfance*, de Grancher, Comby (article Athrepsie, t. II, p. 291) préconise le lavage d'estomac.

« Les lavages de l'estomac, dit-il, ramèneront des débris alimentaires, des caillots de lait, des matières en putréfaction et feront, souvent très vite, cesser les vomissements » :

C'est dire le rôle indéniable que joue le lavage de l'estomac en thérapeutique infantile.

Tant que la toilette de l'estomac n'est pas faite, la gamme des différents médicaments n'agit pas. Le spasme subsiste, l'estomac se dilate, la muqueuse stomacale fonctionne mal.

Le premier lavage doit se faire à jeun. Il doit durer

assez longtemps en raison des grandes quantités de mucus épais, de glaires brunâtres et malodorantes.

Les résultats sont parfois surprenants : les vomissements cessent, les tissus s'hydratent, l'enfant reprend du poids.

Il n'y a aucun danger à craindre : dans les cas, rares d'ailleurs, de syncope survenant chez les nourrissons particulièrement cachectiques et débiles, une simple injection d'huile camphrée en viendrait à bout.

Aussitôt après la mise en œuvre du premier lavage, l'estomac devient beaucoup plus tolérant et l'on est étonné de voir l'enfant se réalimenter si vite.

En résumé, on ne saurait trop recommander le lavage de l'estomac chez les nourrissons cachectiques vomisseurs, lorsque les vomissements ne sont pas enrayés par les moyens simples habituels. Cette pratique a le très heureux avantage de faire cesser régurgitations et vomissements, d'assurer une digestion meilleure et de permettre aux thérapeutiques stimulantes d'agir (sucres, rayons ultra-violets, injections d'extrait thyroïdien).

Au cas où le lavage de l'estomac ne viendrait pas à bout du trouble vomitif, il faudrait envisager le diagnostic possible d'une sténose organique du pylore au moyen des signes cliniques et radiologiques habituels.

II

LE LAVAGE DE L'ESTOMAC DANS CERTAINES AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES AIGUES.

Ici sans avoir d'indication absolue, les lavages de l'estomac peuvent rendre de réels services.

Il ne s'agit pas évidemment de la forme algide, ou choléra infantile, la plus grave des gastro-entérites du nourrisson.

Le début est en général brusque. La diarrhée est très abondante, incolore, inodore ; la déshydratation détermine un amaigrissement immédiat surtout de la face et de l'abdomen, un dessèchement de la peau devenue blanche exsangue, gardant les plis et une dépression des fontanelles. Les vomissements manquent souvent.

Cette forme évolue avec une température centrale plus ou moins normale contrastant avec une température périphérique abaissée jusqu'à 35° ou moins et un pouls filiforme descendu à 60 ou 50. Il existe généralement une azotémie marquée (Nobécourt, Maillet, Bidot). La mort est rapide dans un tableau de cyanose, de muguet, de collapsus. La guérison est rare.

Ici, c'est l'hygiène alimentaire (diète hydrique, non prolongée outre mesure) qui rend le plus de service avec la balnéothérapie chaude ; le sérum glucosé, les injections de sérum caféiné ou adrénaliné, les analeptiques cardiaques.

Marfan d'ailleurs contre-indiquait le lavage de l'estomac dans les formes hypothermiques. Lesage faisait de même.

Il est de même dans la forme dysentérique qui survient chez les nourrissons d'un an : « Nourris au biberon, suralimentés et habituellement constipés ». Il est inutile de fatiguer un nourrisson dont l'état général est gravement atteint. Le collapsus est toujours à craindre.

Mais que penser du lavage de l'estomac, dans la forme légère, banale ou dyspepsie gastro-intestinale, simple indigestion due à une alimentation mal réglée. Ici l'état général est bon, peu ou pas de fièvre, peu de perte de poids. Ce qui domine ici, ce sont les vomissements de lait coagulé et acide. Souvent ces vomissements persistent même après une diète hydrique prolongée.

C'est dans ces cas où dominant les phénomènes d'intolérance gastrique malgré la diète hydrique qu'il faut mettre en œuvre le lavage de l'estomac. Il est de beaucoup préférable au vomitif. L'estomac débarrassé des mucus et des glaires qui l'encombrent redevient facilement perméable.

III

LE LAVAGE DE L'ESTOMAC DANS LA STÉNOSE PYLORIQUE.

Les lavages de l'estomac dans la sténose pylorique des nourrissons sont particulièrement indiqués, lorsque les symptômes surviennent très longtemps après la naissance, lorsqu'il n'y a pas de constipation opiniâtre ni oligurie marquée. Ils doivent être poursuivis d'autant plus énergiquement que l'on se rapproche de la guérison habituelle, c'est-à-dire vers le quatrième ou cinquième mois. L'examen radioscopique donne des renseignements : si la bouillie barytée est expulsée de l'estomac en moins de cinq heures, les lavages de l'estomac restent indiqués (Mouriquand, Bertoye, Charleux).

C'est qu'en effet, il faut distinguer dans l'histoire des sténoses pyloriques du nourrisson, malformations congénitales proprement dites mises à part, deux affections différentes :

1^o *La sténose par spasme du pylore* qui entre dans le cadre de la maladie des vomissements habituels de Marfan.

2^o *La sténose par hypertrophie musculuse du pylore.*

La maladie des vomissements habituels est une affection qui sévit dans la première année. Elle survient rarement dès la naissance mais peu de temps

après. L'intervalle libre peut cependant aller jusqu'à quelques semaines ou quelques mois.

Son signe est le vomissement : c'est le symptôme capital. Il n'a pas de caractère explosif, il ne se produit pas dès la fin de la tétée, il ne survient pas après chaque repas. Malgré son abondance apparente, la double pesée, avant et après vomissement, établit qu'une importante quantité de lait est conservée. La perte du poids est souvent lente.

Cette maladie appartient au groupe des maladies spasmodiques : peu ou pas de diarrhée, constipation par période. Il peut exister des phases d'accalmie, d'atténuation ou même de guérison apparente. Jamais on n'observe de contractions péristaltiques. L'examen radiologique fait vérifier qu'il s'agit, suivant l'expression de certains auteurs « d'estomacs hypertoniques sans hyperkinésie vraie et sans allongement pathologique du transit gastrique ».

C'est dans ce cas que les lavages sont employés avec succès.

La sténose par hypertrophie musculaire du pylore présente, dans les cas typiques, une symptomatologie différente.

Elle évolue en trois périodes :

- a) Une première période dite silencieuse qui dure de deux à trois semaines.
- b) Une période de début, du 15^e au 23^e jour.

Elle se caractérise par des vomissements répétés et tenaces, rebelles à toute médication, appa-

raissant au début ou à la fin de la tétée, une chute rapide de poids, une constipation opiniâtre.

- c) Une période d'état : les vomissements sont en fusée, explosifs ; l'amaigrissement est extrême ; atteignant 400 à 500 grammes par semaine ; le ventre est retractoré, l'estomac distendu avec des contractions péristaltiques, on perçoit parfois la tumeur pylorique : la bouillie barytée reste en rétention après la cinquième heure.

Cette sténose organique n'est pas susceptible d'être guérie par les lavages de l'estomac. Sans doute, ceux-ci peuvent-ils être utilisés comme adjuvants et prendre une part, au moins égale à l'ingestion de belladone ou d'atropine, comme moyens de nettoyage d'un estomac où stagnent des substances malodorantes. Mais ils ne sauraient être vraiment curatifs. Et bien que certains auteurs, Hermann et Carpentier, aient signalé quelques rares cas de guérison, nous ne saurions insister sur leur valeur réelle.

Mais il est des cas où la symptomatologie à elle seule ne permet pas de départager ces deux maladies. C'est pourquoi il est très recommandable de pratiquer le lavage de l'estomac.

L'observation récente de M. Eugène Terrien est très suggestive :

Deux nourrissons présentaient un syndrome de vomissements habituels accompagné de pylorosténose, de sorte que l'intervention chirurgicale allait être prati-

quée. Après quelques lavages de l'estomac, les symptômes ont disparu. Aussi, comme il n'est pas toujours facile, *à priori*, de distinguer une sténose vraie d'une pseudo-sténose, devra-t-on toujours commencer par essayer ce traitement qui dans certains cas a pu jouer le rôle de traitement d'épreuve. Il s'agissait en réalité d'une gastrite glaireuse d'une sorte d'hyper-sécrétion que M. Eugène Terrien rapproche dans une certaine mesure de celle que l'on rencontre dans la maladie de Reichmann.

C'est dans ces cas que le lavage d'estomac possède une efficacité qui tient du prodige (Terrien). Certains nourrissons qui paraissaient voués à une intervention, ont guéri comme par enchantement par le simple lavage de l'estomac.

Fait tout à fait remarquable, tandis que l'intolérance gastrique est marquée même pour l'eau bouillie ou l'eau d'Evian, l'estomac redevient rapidement tolérant.

Bref chez tout enfant qui vomit et chez lequel on soupçonne une sténose du pylore, il faut mettre en œuvre le lavage de l'estomac.

Cependant,

Si les vomissements persistent.

Si l'état général décline rapidement.

Si l'amaigrissement est opiniâtre.

Si la bouillie barytée enfin est en rétention dans l'estomac, cinq heures après son ingestion.

On doit délibérément accepter l'intervention chirur-

gicale (Péhu, Société de Chirurgie de Lyon du 30 avril 1925). « Il ne faut pas, en effet, retarder trop longtemps l'intervention et attendre que la cachexie soit trop avancée, car les chances de succès sont d'autant plus grandes que l'état général est moins atteint » (Nobécourt).

Telles sont les indications du lavage de l'estomac chez les nourrissons qui vomissent ; les résultats sont vraiment remarquables sur le symptôme vomissement, secondairement, sur l'état général de l'enfant « qui se modifie vite et heureusement ».

LE LAVAGE DE L'ESTOMAC DANS LE SYNDROME ANOREXIE

Un autre symptôme, aussi important que le vomissement dans la pathologie du nourrisson est l'Anorexie.

« L'anorexie est très fréquente chez le nourrisson », a dit M. Guinon en 1925 dans une discussion à la Société de Pédiatrie à Paris, à propos d'une communication de M. H. Barbier intitulée « Anorexie chez les nourrissons et gavage ».

C'est une question à l'ordre du jour, fort bien exposée dans la *Thérapeutique du nourrisson en clientèle* de MM. P. Nobécourt et Maillet.

L'anorexie constitue un syndrome, conséquence le plus souvent de troubles digestifs, d'un mauvais état général, ou d'une affection quelconque.

Nous ne nous occuperons pas de ces « fausses anorexies », décrites par MM. P. Nobécourt et Maillet :

1° Tels sont les cas d'insuffisance respiratoire nasale :

Celle-ci en effet entraîne, avec les troubles respiratoires, l'apparition de troubles digestifs. Il s'agit souvent d'embarras gastrique : l'anorexie est un symp-

tôme important. Ces troubles sont souvent à l'origine de l'athrepsie et plus tard de l'arrêt de développement. On a beau instituer un traitement général à l'huile de foie de morue, à l'iodure de fer, recommander les cures marines et salines, les résultats sont loin d'être brillants. Seul le traitement local permet le rétablissement de la perméabilité nasale.

Les troubles concomittants disparaissent, en particulier l'anorexie. L'état général se relève.

Il en est de même quant aux prématurés et aux débiles. « Ces bébés, en effet, se fatiguent vite, et sont incapables de faire l'effort nécessité par la succion, effort assez grand, surtout quand la nourrice a peu de lait, ce qui est fréquent pour une nouvelle accouchée » (P. Nobécourt et Maillet).

2° Il en est de même de certains nourrissons qui présentent une anégésie ou un retard dans le développement du centre de la succion ou de la déglutition. On conçoit aisément le manque d'appétit !

Bref dans tous ces cas, il ne s'agit pas d'anorexie véritable.

Qu'entend-on par là ? Qu'est-ce que l'anorexie ?

C'est une anorexie qui survient dans les premiers mois, souvent du 6^e au 12^e mois.

Rarement le début en est brusque : tel le cas de L. Buffet-Delmas, où un nourrisson refusait de prendre au moment du sevrage d'autre aliment que de très petites quantités d'eau pure.

Généralement le début est progressif. En interrogeant soigneusement la maman, on apprend que le bébé n'a jamais eu grand appétit.

Rarement le passé d'appétit est normal.

La germination dentaire est souvent à l'origine d'une semblable anorexie. En effet, elle cause une prédisposition morbide indéniable, et les troubles digestifs, vomissements et diarrhée, sont fréquents.

Tous ces troubles cèdent à la sortie des dents.

Le sevrage est également une cause d'anorexie, non pas le sevrage progressif, le seul employé, où l'on réduit en un à deux mois le nombre des tétées, où, lorsque l'enfant est à une tétée, on peut le sevrer sans danger; mais le sevrage brusque qui n'est d'ailleurs plus guère employé que par nécessité : l'enfant habitué jusque là au sein ne veut pas sucer sa tétine.

Le changement de régime qui a lieu entre le 14^e et le 18^e mois peut être aussi la cause déterminante de l'anorexie.

Le terrain neuro-arthritique y prédispose enfin. L'interrogatoire révèle chez les parents un passé de migraine, d'eczéma, de diabète, de goutte, d'asthme ou de névropathies.

Il s'agit de bébés qui, n'ayant jamais eu grand appétit, refusent brusquement toute nourriture. « Tous les cas d'anorexie nerveuse ou mentale, écrit M. Comby, qu'il s'agisse de nourrissons, ou de grands enfants, ne se voient que dans les familles nerveuses ou neuro-arthritiques. Cette tare se retrouve toujours dans les

antécédents héréditaires des malades quand on veut bien les rechercher ».

« Tous les degrés d'anorexie, dit M. L. Tixier, existent entre le refus de toute alimentation et la prise d'un biberon sur cinq ou six, d'un quart ou d'un tiers d'un biberon de lait, de tilleul, ou simplement d'eau. Parfois l'enfant avale encore de petites quantités de liquide, mais il est irréductible pour les bouillies, les potages, le pain ou même les gâteaux.

« Il faut avoir assisté au repas d'un de ces petits malheureux anorexiques pour se faire une idée exacte du drame que constitue l'heure du repas.

« Celui-ci dure une heure, quelquefois même davantage. L'entourage s'ingénue à inventer des jeux, des distractions pour forcer le bébé à déglutir sans trop s'en apercevoir.

« J'ai souvenir d'un enfant de quatorze mois qui emmagasinait la bouillie contre ses joues, et à la fin de son repas, rejetait tout d'un bloc, sans que la moindre parcelle alimentaire ait pénétré dans l'estomac.

« Chez des enfants qui ont fait avec peine des mouvements de déglutition, l'insistance est parfois mal récompensée par un vomissement expulsif en fusée. »

Evidemment le traitement de l'anorexie varie avec sa cause.

Chez les dyspeptiques et les anémiés, un bon régime associé à une médication ferrugineuse en vient facilement à bout.

Chez les syphilitiques héréditaires, une série d'injec-

tions de sulfarsénol à doses croissantes ou de frictions mercurielles assure la guérison.

Chez les hypotrophiques et les tuberculeux, le régime, les rayons ultra-violets, les injections sous-cutanées d'insuline, l'extrait thyroïdien concourent à une notable amélioration.

Mais il est des cas où l'anorexie paraît essentielle. On a beau substituer un lait à un autre, changer de nourriture, envoyer le bébé à la campagne : on n'obtient aucun résultat.

*C'est là que le lavage de l'estomac
joue un rôle prépondérant.*

En effet, dans nombre de cas, il s'agit d'estomacs encombrés de glaires visqueuses, épaisses, entretenant la distension de l'organe et favorisant le manque d'appétit. Peu ou pas de troubles digestifs, rareté des vomissements, constipation habituelle.

C'est dans ces cas que le lavage de l'estomac donne de très beaux succès. En soumettant ces enfants à des lavages quotidiens pratiqués à l'eau de Vichy, pendant sept à huit jours consécutifs, on voit l'appétit renaître.

Les quelques troubles digestifs s'amendent.

L'enfant se porte beaucoup mieux.

Les premiers lavages sont assez difficiles à effectuer. Ils durent longtemps, cela se conçoit aisément. C'est que l'estomac contient de trop grandes quantités de mucus épais, de glaires brunâtres répandant une forte

odeur de putréfaction, expliquant l'échec des différentes médications.

Il y a intérêt à les continuer tant que l'estomac n'est pas complètement nettoyé. On obtient ainsi des résultats vraiment inespérés : le spasme cesse, les glandes digestives reprennent leur fonctionnement normal.

Nombre d'anorexies étiquetées anorexies mentales, ont cédé après quelques séances de lavage. L'isolement, la suggestion, la menace du sondage n'avaient abouti à aucun résultat.

Sans doute, il existe des anorexies mentales. M. Hallé en a donné de beaux exemples guéris par l'alimentation à la sonde et l'isolement.

En présence d'un nourrisson, atteint d'anorexie nerveuse, dit M. Buffet-Delmas, l'indication dominante est d'empêcher la mort par inanition et ce résultat, le gavage seul est sûr de l'obtenir. Au lieu d'attendre le réveil spontané de l'appétit, il faut avoir recours à la sonde, dès les premiers jours. Il semble que plus on agit tôt, moins la résistance de l'enfant se prolonge. »

MM. P. Nobécourt et Maillet pensent de même : « quand l'enfant présente à un degré plus ou moins accentué de l'anorexie mentale, l'isolement et la psychothérapie constituent la base du traitement ».

Dans certains cas, dans les milieux modestes, notre Maître M. L. Tixier préconise de pratiquer une série de lavages à l'eau de Vichy. Il est bon de faire précéder le gavage d'un lavage.

Ainsi, l'estomac fonctionne beaucoup mieux, étant continuellement clair et net.

En résumé, chez un nourrisson profondément anorexique, chez lequel on ne trouve aucune cause, si ce n'est une tare de neuro-arthritisme, il faut s'assurer d'abord de l'état de l'estomac et pratiquer une série de lavages. L'appétit renaît en général. Ce n'est que dans les cas, où l'on n'obtiendrait aucun résultat, qu'on pourrait parler d'anorexie mentale, d'anorexie nerveuse. Dans ces cas évidemment, le gavage, l'isolement, constituent la base du traitement.

OBSERVATIONS

Rien ne peut donner une idée plus exacte que le résumé de quelques observations que nous possédons.

OBSERVATION I.

Fille venue au monde à terme, issue de parents vigoureux et sains, pesant 3.600 grammes à la naissance. Les parents étant à Paris, dans le commerce, la placent chez une nourrice habitant la grande banlieue de Paris : dès le lendemain de la naissance, l'enfant fut nourrie au lait de vache coupé d'eau bouillie. Dix jours après la naissance, diarrhée et vomissements. C'est alors que tous les quatre à cinq jours, le médecin change la provenance du lait en y associant toute la gamme des antispasmodiques habituels : lait Nestlé ; lait Gallia, lait Mondia, lait Mont-Blanc, poudre de lait, képhir, etc...

A quatre mois, étant donné l'intensité et la persistance des troubles digestifs : vomissements et diarrhée, le bébé est mis pendant huit jours au bouillon de légumes. Devant l'insuccès de ce régime, un autre médecin est appelé et remplace pendant huit jours le bouillon de légumes par de l'eau. Fait assez curieux, qui n'étonne cependant pas les spécialistes de la médecine infantile, l'intolérance gas-

trique est de plus en plus marquée, les selles sont rares et verdâtres, l'état général est lamentable : c'est le tableau de l'athrepsie dans toute sa pureté, le poids de l'enfant est à cinq mois de 3.200 grammes, c'est-à-dire 400 grammes au-dessous du poids de la naissance.

Le traitement consiste en lavages quotidiens de l'estomac, administration exclusive de lait d'ânesse, injections sous-cutanées quotidiennes de 10 centigrammes d'extrait thyroïdien de Choay et 12 séances de rayons ultra-violets de deux jours en deux jours.

Dès le premier lavage de l'estomac, qui ramène des quantités considérables de mucosités sanieuses, ayant une odeur d'œufs pourris, la tolérance de l'estomac pour le lait d'ânesse est parfaite (75 gr. par biberon toutes les deux heures et demie, huit biberons par vingt-quatre heures). La première semaine entraîne une augmentation de poids de 500 grammes ; la deuxième semaine, l'augmentation est de 400 grammes, la troisième semaine, les augmentations se ralentissent : 100 grammes seulement ; un gain de 1 kilo en trois semaines est vraiment remarquable. Par la suite, l'enfant n'a plus eu un seul vomissement, les selles ont repris une consistance et une couleur normales, l'appétit est satisfaisant, l'état général est redevenu excellent, l'enfant est gaie, ne crie plus du tout, fait de bonnes nuits. Le développement s'est effectué ultérieurement dans les meilleures conditions, à tel point que les parents ont maintenant la satisfaction d'avoir une belle petite fille de cinq ans, nettement au-dessus des moyennes de taille et de poids.

OBSERVATION II.

Garçon venu au monde petit, mais bien constitué, à terme, pesant 2.700 grammes, il progressa pendant un mois, reprit son poids de naissance, puis arriva au poids de 3.000 grammes ; l'enfant avait été mis dès la naissance au lait condensé Nestlé, la maman n'ayant pas eu la moindre montée de lait. Durant le premier mois, l'entourage avait été frappé par la fréquence et l'intensité du hoquet. Au début du deuxième mois, l'enfant fut pris de vomissements incoercibles à tous les biberons, lorsqu'un biberon semblait être digéré il était vomi lors de l'administration du biberon suivant. L'estomac ne tolérait absolument rien, ni eau, ni lait, ni bouillon de légumes ou de céréales. Les vomissements n'étaient calmés ni par la belladone, ni par les bromures, ni par les changements de lait. Les selles étaient vertes et granuleuses. En douze jours, l'enfant descendit au-dessous de son poids de naissance. La cachexie fut rapide et extrême. La peau, fine et parcheminée, était à peine saisissable, plaquée qu'elle était contre les petits muscles atrophiés, l'aspect vieillot était caractéristique de l'athrepsie. L'enfant fut soutenu pendant cinq jours par des injections sous-cutanées d'eau de mer.

Nous vîmes l'enfant à l'âge de trois mois pesant 2.540 gr. alors que la famille commençait à perdre tout espoir.

Le traitement consista en lavages d'estomac, deux lavages chaque jour avec environ un demi-litre d'eau de Vichy tiède, pendant la première semaine, puis un seul lavage durant la deuxième semaine, en même temps injections sous-cutanées quotidiennes de 10 centigrammes

d'extrait thyroïdien de Choay. Dès le premier lavage qui ramena des glaires en quantité inimaginable, l'estomac devint tolérant pour le lait d'ânesse qui était rapporté chaque jour de Paris, et que l'enfant prenait à la dose de 60 grammes toutes les trois heures jour et nuit ; l'enfant ne pleurait, ni ne souffrait plus ; ce lait fut continué pendant dix jours et remplacé par du lait de chèvre qui fut pris pendant un mois à doses progressives. L'enfant avait bon appétit, digérait et avait depuis le début du traitement, des selles normales. Après un mois de lait de chèvre la nourriture fut le lait Nestlé parfaitement supporté.

Pendant les sept premiers jours du traitement, malgré la tolérance de petites quantités de lait d'ânesse, l'enfant perd encore 40 grammes, puis les cinq jours suivants, il prend 10 grammes par jour ; la semaine suivante les moyennes d'augmentations journalières sont de 25 grammes ; depuis cette époque l'enfant augmente chaque jour régulièrement de 30 à 35 grammes par jour.

Actuellement, moins de quatre mois après le début du traitement ce bébé pèse 5.750 grammes. C'est un bel enfant ne donnant plus à sa famille le moindre sujet d'inquiétude.

OBSERVATION III.

L'enfant B... est le premier enfant de parents bien portants, de grand-père maternel mort de paralysie générale. Garçon venu dans de bonnes conditions ; dix-huit mois.

Toujours peu d'appétit ; a vomi beaucoup jusqu'à six mois, toujours très maigre ; a été gavé ; résultats pas mauvais pendant quinze jours ; puis l'amaigrissement s'est accentué de nouveau.

Consulte pour vomissements abondants, filants ; glaireux ; selles fétides.

Vu pour la première fois le 29 décembre 1931. Poids nu 9 kgr. 400.

Dix dents. A eu sans résultat une série de sulfarsénol.

L'enfant est frêle, foie petit : mais, rien d'organique. La 11^e et la 12^e dents sont avancées. On ne donne aucun médicament en prévenant la famille que si l'appétit ne se modifie pas avec l'avancement artificiel du travail dentaire les lavages devront être pratiqués.

Le 6 janvier 1932, les lavages de l'estomac sont pratiqués, l'organe contient des quantités insolites de résidus sanieux.

L'eau de lavage revient propre, après la troisième petite intervention. Le 4 février 1932, l'enfant est revu ; il est beaucoup mieux : il mange depuis normalement ; le poids est en augmentation de 600 grammes.

Il y a des fermentations intestinales améliorées par bulgarine, amylodiastase, tridigestine.

OBSERVATION IV.

(Mouriquand, Bertoye, Charleux.)

Lorsque l'enfant est entré dans le service le 14 février 1925 il était âgé de trois mois et était envoyé pour vomissements.

Ces vomissements avaient débuté à l'âge de un mois et demi, époque à laquelle on avait supprimé le sein maternel qu'on remplaça par des biberons de lait humanisé.

A l'entrée dans le service, on se trouvait en présence d'un enfant amaigri, pesant 2.980 grammes au lieu de

3.650 grammes à la naissance. Il était déshydraté, sa peau était sèche et gardait le pli. C'était bien un vomisseur, car immédiatement après la tétée, il poussait des cris jusqu'à ce qu'il ait vomi la totalité ou une partie de sa tétée.

Certains jours, les vomissements étaient plus abondants, représentant la valeur de plusieurs tétées. Les vomissements ne se produisaient pas après toutes les tétées. Il vomissait deux à trois fois par jour.

Il s'agissait bien aussi d'une maladie pylorique. Les ondes péristaltiques étaient très nettes, s'étendant dans l'hypocondre droit. La radioscopie montrait un estomac extrêmement dilaté, qui semblait tenir la plus grande partie de l'abdomen. La bouillie bismuthée passait très mal, et un lavage d'estomac pratiqué vingt-quatre heures après l'ingestion ramenait encore une quantité importante de bismuth ; on ne percevait pas de tumeur pylorique. L'enfant n'était pas constipé, ses urines n'étaient pas rares.

On commença le traitement par des suppositoires à l'onguent napolitain car la rate était perçue. Devant l'échec de ce traitement, on s'adressa rapidement, aux lavages d'estomac. Ces lavages furent pratiqués deux fois par jour pendant deux mois de suite, en tout on en fit 120. En même temps on injectait 5 cmc. de sérum artificiel tous les jours. L'enfant fut progressivement amélioré. Il prit environ 1 kilo en trois mois, malgré les chutes pondérales brusques, occasionnées l'une par l'emploi du lait sec, l'autre par un épisode diarrhéique. Les vomissements s'espa-
cèrent progressivement, et actuellement, il ne vomit plus qu'à titre épisodique. Les ondes péristaltiques ont disparu au bout de deux mois de traitement, et la radioscopie montre actuellement que l'estomac a repris ses dimensions normales, et que la bouillie bismuthée passe bien.

OBSERVATION V.

(E. Terrien).

I. M..., enfant de 12 jours, au sein, pèse 3.500 grammes. Depuis la naissance tous les repas sont rejetés ; essais infructueux, le poids baisse sans arrêt. La situation est devenue assez préoccupante pour que le médecin accoucheur dont le nom fait autorité décide de conduire d'urgence l'enfant à la clinique de la rue de la Chaise, pour s'y rencontrer avec le professeur Ombredanne, et moi-même, radiographier l'enfant et l'opérer sans délai si le diagnostic de sténose pylorique paraît confirmé.

L'intervention apparaissant comme particulièrement redoutable chez ce nouveau-né, n'ayant pas encore repris de poids depuis la naissance et la précocité même des accidents laissant un doute quant au diagnostic, je conseille le traitement médical d'épreuve (lavage, régime). Au bout de 24 heures, l'enfant était guéri. Les signes de sténose, s'étaient évanouis ; le développement ultérieur s'est poursuivi régulièrement.

OBSERVATION VI.

(E. Terrien).

Trois mois, enfant vu avec Schreiber. Coqueluche. Intolérance gastrique absolue avec rejet de lait et glaires, en extrême abondance. Inanition à peu près complète. Baisse de poids rapide. Constipation opiniâtre, avec retour des selles à l'état méconial, indice d'un obstacle absolu au pylore. Les glaires sont en partie d'origine coquelucheuse,

elles tiennent cependant le syndrome pylorique sous leur dépendance.

Traitement habituel : lavage avec régime. Quelques vomissements persistent du fait de la coqueluche, mais le syndrome pylorique a disparu. Les selles sont normales, l'enfant s'alimente, et le poids remonte rapidement.

OBSERVATION VII.

(E. Terrien).

Enfant R... Cinq semaines, fils de médecin. Un frère a déjà succombé à des accidents d'intolérance gastrique. Deux semaines après sa naissance a commencé à vomir ; les vomissements se produisent à chaque repas. Constipation, baisse de poids impressionnante. Le diagnostic de sténose paraît probable. Cependant là encore, il ne s'agit que de pseudosténose. Les accidents cèdent au traitement d'épreuve (lavage, régime). La courbe de poids progresse alors normalement. A 15 mois, l'enfant dépasse sensiblement la moyenne.

OBSERVATION VIII.

L'enfant T... a 26 mois lorsqu'il est vu pour la première fois, il est venu au monde dans de bonnes conditions. Parents âgés, milieu particulièrement aisé. Est très nerveux, croissance sensiblement normale, jusqu'au moment où l'enfant a été vacciné contre la diphtérie par les trois piqûres réglementaires. L'anorexie commence au déclin de la vaccination anti-diphtérique, en octobre 1930 l'état de l'enfant est particulièrement inquiétant, l'amai-

grissement est très accusé : 10 kilos alors que trois mois auparavant, l'enfant pesait 14 kilos. Alimentation presque nulle. Un spécialiste d'enfant conseille une alimentation très substantielle : lait, œufs, viande, bananes. La thérapeutique la plus variée, alcalins, digestifs, ne donne aucun résultat, il en est de même de la belladone.

Un examen radiologique ne montre pas de sténose hypertrophique du pylore. Devant la persistance des douleurs, des vomissements et l'impossibilité presque absolue d'alimenter l'enfant, on fait appel à un spécialiste de l'estomac qui donne des calmants, et une thérapeutique assez compliquée.

Fin octobre 1930 : l'état de l'enfant est vraiment inquiétant. Un chirurgien consulté élimine sténose, invagination, appendicite.

Comme il s'agit d'une infection strictement médicale, le Dr Tixier conseille la suspension de tout médicament, et il conseille de s'en tenir aux lavages de l'estomac matin et soir à l'eau de Vichy.

Le premier lavage, fait au début de novembre, ramène une quantité importante de mucus épais et filant, de glaires très adhérentes et des résidus de bouillie précédemment ingérée.

Le résultat, est pour ainsi dire immédiat. Dès le premier lavage, les vomissements disparaissent, la nuit est meilleure, l'enfant ingère quelques cuillerées de bouillie avec moins de répugnance. Le jour suivant, les lavages sont plus faciles, le liquide est moins sale. Deux jours après le début du traitement l'amélioration est telle, que les lavages ne sont plus faits qu'un jour sur deux. On associe au traitement le sérum de Quinton, un peu d'huile de ricin contre la constipation, puis la solution de Bour-

get. L'enfant ne reçut aucune médication destinée à diminuer le spasme ni aucune médication destinée à améliorer les fonctions digestives. C'est donc uniquement, à une dizaine de lavages d'estomac, qu'il faut attribuer la disparition des douleurs et des vomissements. La reprise de l'appétit est très sensiblement normale ; l'état général s'améliore ; le poids remonte progressivement à 14 klos en fin décembre 1930.

Par la suite, l'enfant n'a plus donné aucune inquiétude à sa famille.

OBSERVATION IX.

Fillette de 18 mois, répondant au type d'anorexie essentielle. Epuisement des amers, des toniques (voie gastrique et voie sous-cutanée). L'état de l'enfant demeurait stationnaire, l'anorexie était vraiment poussée au plus haut degré ; et quand la nurse ou les parents insistaient, les aliments étaient expulsés dans un vomissement en fusée. Les parents ne voulaient pas se décider au lavage d'estomac conseillé par le Dr Tixier. Avant de se résoudre à suivre ses suggestions les parents consultèrent des maîtres de la pédiatrie dont les thérapeutiques se montrèrent sans effet. Les lavages furent enfin acceptés, et confiés à une ancienne surveillante de la crèche de l'hôpital Broca. Deux médecins sud-américains qui connaissaient les sentiments de notre Maître M. L. Tixier sur l'utilité de cette petite intervention, mais qui n'en avaient jamais vu faire, demandèrent l'autorisation d'assister au premier lavage. Celui-ci se passa sans incident mais dura plus d'une demi-heure tellement on eut de mal à obtenir une eau de lavage propre et sans résidus. Les glaires épaisses visqueuses,

d'odeur très mauvaise, noirâtres remplissaient le fond d'une baignoire d'enfant. Le soir même, l'enfant s'alimentait normalement sans régurgitation, sans vomissement ; six lavages suffirent pour que l'anorexie s'atténuat, puis disparût, l'enfant n'a jamais eu depuis un appétit formidable, mais son développement, s'est effectué normalement sans qu'il fut nécessaire de recourir à nouveau aux lavages d'estomac.

OBSERVATION X.

Pierre B..., deux ans et demi, né dans de bonnes conditions, double hérédité neuro-arthritique et spécifique d'origine paternelle. Mère assez bien portante opérée de l'appendicite, étant enceinte de cet enfant.

Huit mois, s'est développé assez normalement toute-fois tempérament un peu mou et lymphatique, assez anémique, poids 13 kgr. 500. Enfant anorexique et vomissant de temps en temps : des gouttes amères et un traitement tonique (Granoxyl, Martinet) prescrits.

Résultats nuls, après trois de traitement, poids en diminution de 400 grammes, anorexie toujours très accentuée.

Dans ces conditions l'enfant vient régulièrement à l'hôpital de la Charité où on lui fait six lavages d'estomac, un jour sur deux, et une série de sulfarsénol sous-cutanée.

La radioscopie n'avait montré aucune anomalie de l'estomac, pas trace de ganglions trachéo-bronchiques tuberculeux.

Sous l'influence de ce traitement, l'appétit est meilleur et on enregistre enfin une augmentation de poids de 1 kgr. 200 après la série des lavages d'estomac et les injections de sulfarsénol.

Entre temps, l'appétit s'étant ralenti (fin nov. 1932), deux lavages de l'estomac ne ramenant d'ailleurs que peu de mucosités filantes sont suivis d'un appétit satisfaisant.

L'état de l'enfant s'est littéralement transformé, sous l'influence du traitement pour la plus grande satisfaction de la famille.

L'enfant restant un peu anémique, est soumis à un traitement ferrugineux qui est admirablement bien supporté (Ferydal).

CONCLUSION

Nous ne saurions trop insister sur l'importance capitale du lavage de l'estomac chez les nourrissons vomisseurs et anorexiques.

Par son action mécanique, il débarrasse l'estomac de son contenu anormal.

Par son action sédative, il diminue l'état de spasme et régularise les mouvements de la musculature gastropylorique.

Quelques points sont à préciser :

1^o Il doit être le premier acte du médecin chez les bébés athrepsiques et hypotrophiques, où les régurgitations et les vomissements font obstacle à l'alimentation ; quitte à régler l'hygiène alimentaire et instituer une médication ensuite. C'est là son indication majeure dans l'histoire des vomissements.

2^o Dans les infections gastro-intestinales, surtout quand les vomissements persistent après une diète hydrique suffisamment prolongée, le lavage de l'estomac gagne à être pratiqué.

Il est considéré comme souvent utile, jamais nuisible.

3° Devant un tableau de sténose pylorique, il faut toujours le mettre en œuvre, car il est exceptionnel qu'une lésion organique soit à la base des manifestations cliniques. C'est le spasme qui joue le plus grand rôle, et le lavage précisément, par son action sédative, fait cesser l'état du spasme ;

4° Dans les cas d'anorexies essentielles, rebelles aux médicaments cliniques, où l'hérédité neuro-arthritique est la seule tare que l'on puisse retrouver dans les antécédents familiaux, le lavage de l'estomac est nettement indiqué : c'est que le symptôme anorexie est entretenu par un état anormal de l'estomac, contenant des paquets de glaires visqueuses, expliquant l'inefficacité des différentes thérapeutiques instituées.

« J'ai rarement vu, dit notre Maître M. L. Tixier, des parents aussi convaincus de la nécessité d'évacuer de l'estomac ces résidus visqueux et malodorants, et aussi enthousiastes du merveilleux résultat obtenu d'une façon aussi simple, sans aucun médicament ».

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD

Vu : le Président de la thèse,
NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Ashby (Henri)*. — Traité des maladies des enfants de Marfan. Article : Sténose congénitale du pylore, t. II.
- Cozzolino*. — O. Sui vomiti abituali nei lattanti al seno e sul loro trattamento dietetico (La Pediatria, anno VII, 7, VIII, 1925).
- Ebstein (Maurice)*. — Congrès allemand d'accouchements et de médecine. Wiesbaden, 18-26 septembre 1887.
- Faucher*. — Communication sur la présentation d'un appareil destiné à pratiquer le lavage de l'estomac chez les nouveau-nés (Bulletin de l'Académie de Médecine du 4 décembre 1888).
- Hutinel*. — Traité des maladies des enfants, 1909.
- Kerley (Ch. G.)*. — Digestive Disturbances in Infants and Children.
- Lesné et Coffin*. — Diagnostic et traitement des sténoses pyloriques du nourrisson (Le Nourrisson, nov. 1926).
- Marfan (A.-B.)*. — Maladie des vomissements habituels (Le Nourrisson, 1919).
- Martinez Zuñiga et Menchaca (F.)*. — A proposito de la accion de los lavados de estomago en el trata-

mento del síndrome pilorico del lactante (Semena med., 1, 1525, 1528, 12 juin 1930).

Mouriquand, Bertoie et Charleux. — Valeur thérapeutique du lavage d'estomac. A propos du traitement de la sténose pylorique (Société médicale Hôp. Lyon, 9 juillet 1925).

Nobécourt et Maillet. — De la thérapeutique du nourrisson en clientèle de 1927.

Olmières. — Des indications du lavage de l'estomac chez les enfants (Thèse Paris, 1895-1896).

Péhu et Bertoie. — Les enfants qui vomissent.

Pfaundler. — Wiener klin woch., 10 nov. 1898.

Terrien (E.). — Gastrite glaireuse et pseudo-sténose pylorique chez le nourrisson (Presse médicale, 15 janvier 1930).

Thiercelin. — Traité des maladies des enfants de Marfan, Comby et Grancher, t. II. Article Athrepsie, p. 291.

Tixier (L.). — Les indications du lavage de l'estomac chez les nourrissons (Le Phare médical, nov. 1932).

— Anorexie des nourrissons et son traitement (Monde médical, 1^{er} oct. 1928).

— Comment guérir les nourrissons athrepsiques et hypotrophiques (Monde médical, 1927).

94. — Impr. spéciale de la Lib. Le François, 91, boul. St-Germain, Paris — 1-33
